SYNDROMES DIGESTIFS

Les plaintes digestives sont nombreuses, la plus fréquente – pour ne pas dire constante – est la constipation. Les syndromes digestifs incluent des situations d'urgence pouvant être graves.

Urgences

Cholécystite et angiocholite

La colique hépatique, la cholécystite et l'angiocholite ont été évoquées dans le chapitre *Syndromes infectieux*. Les autres urgences fréquentes sont l'appendicite, la sigmoïdite diverticulaire, ainsi que les occlusions.

Appendicite

Comme la cholécystite, l'appendicite du sujet âgé a la particularité de se présenter sous la forme pseudo-occlusive. Elle peut aussi rester typique. De vagues plaintes du ventre, un météorisme, une constipation un peu plus opiniâtre pourraient ne pas attirer l'attention si on n'examine pas attentivement l'abdomen. La fièvre peut être absente. C'est la douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite qui oriente vers une appendicite. L'échographie peut être utile, mais l'important est la concertation avec le chirurgien et l'anesthésiste qui aboutit à une intervention d'exérèse.

Sigmoïdite diverticulaire

Un sujet de 80 ans sur deux a des diverticules du côlon. Bien que l'infection soit rare, c'est une cause importante de douleurs abdominales de la fosse iliaque gauche ou sus-pubiennes. L'échographie peut être utile, la scanographie un peu plus. Le premier examen demandé est souvent une radiographie avec produit de contraste. La décision d'opérer est prise avec le chirurgien.

Occlusion intestinale aiguë

Un tableau d'occlusion est fréquent chez le sujet âgé. Il impose un examen soigneux au cours duquel on recherche une hernie étranglée, inguinale, ombilicale, ou crurale. Il est vital de recourir à la chirurgie.

Le cancer du côlon se présente comme une trop longue constipation et le premier examen est la radio d'abdomen sans préparation, avant la mise en évidence de la tumeur plus souvent par lavement baryté que par coloscopie. Ce dernier examen ne doit pas être exclu, au moins la coloscopie gauche sans anesthésie générale après préparation du côlon par des lavements au Normacol.

Hémorragies digestives

Devant une hémorragie de sang rouge par l'anus, il faut dénier la commode étiquette d'hémorroïde qui arrange tout le monde. Un examen proctologique et une coloscopie gauche sont requis.

Si l'hémorragie digestive est abondante, de sang rouge ou noir, elle doit d'abord conduire à une endoscopie haute en urgence.

Dysphagie

Des antécédents alcoolo-tabagiques font immédiatement penser au carcinome épidermoïde de l'œsophage et prescrire au moins une radio barytée, au mieux une endoscopie. Le traitement est rarement une intervention chirurgicale, très lourde, plus souvent l'association chimio-radiothérapie. Un cancer glandulaire est beaucoup plus rare

La sténose peptique se révèle très souvent par la dysphagie, sans le pyrosis qui aurait dû la précéder.

Pyrosis et douleurs épigastriques

Ces symptômes n'ont pas de particularité chez le sujet âgé.

Les trois grandes causes sont, de la plus à la moins fréquentes, le reflux gastro-œsophagien, les ulcères gastro-duodénaux, et le cancer gastrique. Une autre cause est la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien ou l'intolérance gastrique à un autre médicament.

L'endoscopie est la meilleure solution pour le diagnostic. Sa réalisation doit tenir compte de l'état général, du bénéfice attendu, de l'anesthésie générale quand on la croit requise, de l'installation technique. On peut être contraint de s'en passer pour diverses raisons et, dans une perspective probabiliste, le traitement est alors la prise quotidienne d'un inhibiteur de la pompe à protons.

Les douleurs du cancer du pancréas sont associées à un ictère et le diagnostic est fait par quelques investigations radio-échographiques. Le traitement symptomatique est souvent le seul possible.

Constipation

Elle peut être accentuée ou provoquée par un traitement ; les médicaments sont nombreux à être candidats. Citons les sédatifs, les neuroleptiques, les anticholinergiques, les médicaments hypokaliémiants comme les diurétiques, les dérivés de la morphine. L'alitement et l'anorexie sont de terribles ralentisseurs du transit et fauteurs de fécalome. Pour le moins, un toucher rectal est à effectuer : il permet de découvrir un fécalome formé à bas bruit dans le rectum et fauteur de constipation, comme de diarrhée par délitement et d'incontinence fécale.

En institution, le changement de lieu (autre W.-C.), pire, la mise au bassin, puis la pose de couches « change complet » sont de puissants inducteurs de constipation nosocomiale.

Le traitement n'a pas de particularité. Il tient compte de la qualité du sphincter anal pour éviter les conséquences d'une diarrhée inopportune par laxatifs.

Éviter et traiter la constipation du vieillard n'est pas un confort accessoire : c'est un élément important de la qualité de vie, en particulier chez le malade âgé à mobilité réduite et chez la personne en fin de vie.

Incontinence anale

Souvent désignée au médecin sous le nom de « diarrhée », l'incontinence anale est beaucoup plus fréquente que le nombre de consultants le laisse croire.

L'interrogatoire évalue l'intensité et la fréquence de l'incontinence, aux gaz, aux selles liquides, aux selles solides, port d'une garniture.

Le toucher rectal élimine un fécalome et apprécie le tonus du sphincter anal et la vigueur de la contraction volontaire. On vérifie l'état du réflexe ano-cutané et l'on recherche une cause locale.

Le traitement consiste d'abord à augmenter la consistance des selles avant d'envisager à rééduquer le sphincter anal par *biofeedback* après une manométrie ano-rectale.

L'incontinence fécale est une infirmité ressentie comme humiliante par tous les malades même si l'état de conscience et de lucidité est altéré. C'est une complication fréquente des états terminaux.

La pose d'une couche doit suivre l'installation d'une incontinence. Elle ne doit *jamais* la précéder. Les soins d'hygiène doivent être réalisés au plus tôt après la défécation pour éviter macération et odeurs. Ces soins doivent être prodigués par des professionnels aguerris et conscients de la difficulté de cette tâche. Savoir-faire et savoir-être, respect de la personne et de sa pudeur, mise en confiance sont nécessaires. Il s'agit d'un acte soignant délicat qui n'altère nullement la dignité du malade, ni celle du soignant. Prévention et dépistage de l'escarre sacrée accompagnent ce soin.

La prévention consiste à mener le malade régulièrement aux toilettes s'il n'y va pas spontanément.

Il ne faut pas augmenter la consistance des selles par un médicament antidiarrhéique qui conduit le malade alité à une constipation et au fécalome.

Si l'accès aux toilettes est réellement impossible, l'utilisation de chaise percée ou la mise sur un bassin nécessitent une période d'habituation et de véritable éducation pour le malade.

Autres symptômes fréquents

Ils sont responsables d'une grave atteinte morale, même s'ils ne sont pas annonciateurs d'une maladie grave.

Vomissements et nausée

Ils peuvent être dus à autant de causes que chez l'adulte. Cependant, les médicaments sont toujours à considérer en priorité. Il faut penser aux causes non digestives de vomissements, principalement à l'infarctus du myocarde.

Diarrhée aiguë

C'est souvent une simple gastroentérite infectieuse. Chez le patient qui vit à son domicile, il est prudent d'inspecter le contenu du réfrigérateur où l'on peut avoir la surprise de trouver des aliments ayant largement dépassé la date de péremption.

La diarrhée, *a fortiori* associée à des vomissements est une épreuve pour l'équilibre hydrominéral, exigeant au moins d'interrompre un traitement diurétique en cours.

Les urgences abdominales se présentent souvent sous forme d'une occlusion intestinale aiguë. Les infections abdominales (cholecystite, sigmoïdite diverticulaire) sont plus fréquentes que le cancer colorectal. Les hémorragies relèvent des même causes que chez le sujet plus jeune, mais les causes médicamenteuses sont plus fréquentes.
En cas de syndrome douloureux de l'épigastre, le mieux est de recourir à une endoscopie haute et le traitement sans diagnostic est un pis-aller.

Toute constipation récente est suspecte de cancer colorectal. Elle est cependant presque toujours fonctionnelle et accentuée par l'alitement, les médicaments, l'anorexie, etc. Elle n'est pas anodine et peut entraîner un dégoût alimentaire et un fécalome source à son tour de fausse diarrhée.

Les vomissements et la diarrhée peuvent révéler une maladie grave et, même bénins et sans lendemain perturber dangereusement l'équilibre hydrominéral de l'organisme.

L'incontinence anale est gênante lorsqu'elle se fait pour les matières. Le toucher rectal recherche un fécalome. La prévention consiste à accompagner le malade aux toilettes ou à mettre à sa disposition un moyen d'exonération et une personne pouvant l'aider. Les couches sont la dernière échéance, quand toutes les autres méthodes ont été un échec. Elles ne doivent jamais être mises de façon « préventive », car elles sont la première cause d'incontinence.